

**Interregionale Blutspende SRK AG**

Ringversuchszentrum  
Postfach | 3001 Bern  
Murtenstrasse 133 | 3008 Bern  
iblutspende.ch | ringversuche@itransfusion.ch  
T +41 31 384 23 00

«Kundennummer»

**Datum** 24. August 2023 cni/cti/sme  
**Kontakt** Administration Ringversuchszentrum  
**Mail** ringversuche@itransfusion.ch  
**T direkt** +41 31 384 23 00

«Laborleitung»  
«Name»  
«Adresszeile\_1»  
«Adresszeile\_2»  
«PLZ» «Stadt»  
«Land»

## Reduktion Ringversuchsangebot ab 2024

Sehr geehrter Ringversuchs-Teilnehmer

Aufgrund der geringen und in den letzten Jahren leider weiter gesunkenen Teilnehmerzahlen im Gegensatz zu den hohen Kosten für die Beschaffung und Bereitstellung des Materials, sind wir aus wirtschaftlichen Gründen leider gezwungen unser **Ringversuchs-Angebot zu reduzieren**.

### **Ab 01.01.2024 nicht mehr in unserem Ringversuchs-Angebot:**

- **Anti-HAV** Total (IgG + IgM) und IgM (AA)
- **Anti-CMV** IgG und IgM (CC)
- **Anti-Rubella** IgG und IgM (RR)
- **Anti-Toxoplasmose gondii** IgG und IgM (TT)

→ Als alternativen Anbieter verweisen wir gerne auf MQ oder CSCQ/Neqas.

### **Die folgenden Ringversuche für Infektmarker bieten wir weiterhin an:**

- HBsAG, Anti-HBs resp. Hepatitis B Serologie (HBsAG, Anti-HBs, Anti-HBc, HBeAG, Anti-HBe)
- Anti-HBc IgM
- Anti-HCV
- Anti-HIV-1/-2
- Anti-Treponema pallidum

**Ihre Teilnahme an den angemeldeten angebotenen Ringversuchen verlängert sich, wie bisher, automatisch um ein weiteres Jahr.**

Eine eventuelle Abmeldung einzelner Analysen oder eine komplette Abmeldung resp. Kündigung muss gem. AGB, Pkt. 11.2 bis spätestens am 30.11. des laufenden Jahres schriftlich mitgeteilt werden.

**Wir bitten Sie, als Zeichen Ihrer Kenntnisnahme der hier angekündigten Änderung, dieses Schreiben umseitig datiert und gegengezeichnet bis spätestens 30.11.2023 zu retournieren an [Ringversuche@itransfusion.ch](mailto:ringversuche@itransfusion.ch) .**



Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und freuen uns, Sie auch weiterhin zu unseren Ringversuchsteilnehmern zählen zu dürfen. Bei Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Prof. Dr. Christoph Niederhauser  
Leiter Ringversuchszentrum RVZ

Sylvia Meyer  
Leiterin Administration RVZ

Dr. Caroline Tinguely  
Leiterin Infektmarker RVZ

---

RV Teilnehmer «**Kundennummer**» (angemeldete RV: «**Etikettenfeld1**» «**Etikettenfeld2**»)  
«**Name**», «**Adresszeile\_1**», «**Stadt**»:

**Wir bestätigen die Kenntnisnahme der in diesem Schreiben angekündigten Anpassungen des Ringversuchs-Angebot Infektmarker ab 01.01.2024.**

**Eine eventuelle Abmeldung von einem Ringversuch oder eine komplette Abmeldung erfolgt in einem spezifischen separaten Mail.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Zu Unterschrift: Bitte Vorname Name in Blockschrift

→ bis spätestens 30.11.2023 retournieren an: [Ringversuche@itransfusion.ch](mailto:Ringversuche@itransfusion.ch)